Santé, Société et Solidarité

Les inégalités d'accès aux services de santé et leurs déterminants au Burkina Faso

Slim Haddad, Adrien Nougtara, Valéry Ridde

Citer ce document / Cite this document :

Haddad Slim, Nougtara Adrien, Ridde Valéry. Les inégalités d'accès aux services de santé et leurs déterminants au Burkina Faso. In: Santé, Société et Solidarité, n°2, 2004. Inégalités sociales de santé. pp. 199-210;

doi : https://doi.org/10.3406/oss.2004.1012;

https://www.persee.fr/doc/oss_1634-8176_2004_num_3_2_1012;

Fichier pdf généré le 11/04/2024

Résumé

À l'instar de nombreux pays du Sud, le Burkina Faso a mis en place, au cours de la dernière décennie, une ambitieuse réforme sanitaire visant notamment à améliorer l'accessibilité des services sanitaires. L'article vise à analyser les inégalités d'accès aux services de santé plusieurs années après l'implantation de la réforme. Les analyses reposent sur les données d'une enquête conduite auprès de 1 604 ménages (12775 personnes) de trois régions du pays. Les résultats révèlent d'importantes différences dans l'accès aux formations publiques. Plus de la moitié des personnes malades provenant de ménages du quintile de revenu le plus élevé ont utilisé les services publics avant la fin de la première semaine d'un épisode de maladie, alors que moins d'une personne sur quatre l'a fait parmi les ménages les plus pauvres. Deux semaines après le début de la maladie, un homme malade sur deux s'est rendu dans une formation sanitaire publique pour obtenir des soins alors que c'est le cas de moins d'une femme sur deux. Toutes choses étant égales par ailleurs, la propension à utiliser les services d'un professionnel lors d'un épisode de maladie est presque trois fois plus importante dans les familles appartenant au quintile de revenu le plus élevé qu'elle ne l'est dans celles du quintile de revenu le plus faible. D'indéniables progrès ont été réalisés dans l'amélioration de la couverture sanitaire et l'accessibilité géographique. Mais les inégalités d'accès aux soins demeurent frappantes et l'accessibilité financière des services publics reste limitée, notamment pour des groupes tels que les femmes, les plus pauvres et les personnes vivant en zone rurale.

Abstract

Like many countries of the South, over the last decade, Burkina Faso has implemented an ambitious health reform to improve the accessibility of health services. This article examines the inequalities in access to health services that exist several years after the implementation of the reform. The analyses are based on data from a survey of 1 604 households (12,775 people) in three regions of the country. The results reveal considerable differences in access to public health posts. Over 50% of ill people from households in the highest income quintile used the public services before the end of the first week of an episode of illness, whereas fewer than one out of four people from the poorest households did so. Two weeks after the onset of their illness, one out of two men went to a public health post to obtain care while fewer than one out of two women did so. All things being equal, the propensity to use the services of a health professional during an episode of illness is almost three times greater among families in the highest income quintile than among families in the lowest income quintile. Undeniable progress has been made to improve health coverage and geographical accessibility. However, inequalities in access to health care are still striking and financial accessibility of public services is still limited, in particular for groups such as women, the poorest and rural people.

BY: $ = creative commons

Les inégalités d'accès aux services de santé et leurs déterminants au Burkina Faso

Slim Haddad – QUÉBEC
Professeur agrégé au Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal

Adrien Nougtara – BURKINA FASO
Chercheur national, Association Burkinabé de santé publique, Ouagadougou

Valéry Ridde – QUÉBEC
Candidat au doctorat au Département de médecine sociale et préventive, Faculté de médecine, Université Laval

RÉSUMÉ À l'instar de nombreux pays du Sud, le Burkina Faso a mis en place, au cours de la dernière décennie, une ambitieuse réforme sanitaire visant notamment à améliorer l'accessibilité des services sanitaires. L'article vise à analyser les inégalités d'accès aux services de santé plusieurs années après l'implantation de la réforme.

Les analyses reposent sur les données d'une enquête conduite auprès de 1 604 ménages (12 775 personnes) de trois régions du pays. Les résultats révèlent d'importantes différences dans l'accès aux formations publiques. Plus de la moitié des personnes malades provenant de ménages du quintile de revenu le plus élevé ont utilisé les services publics avant la fin de la première semaine d'un épisode de maladie, alors que moins d'une personne sur quatre l'a fait parmi les ménages les plus pauvres. Deux semaines après le début de la maladie, un homme malade sur deux s'est rendu dans une formation sanitaire publique pour obtenir des soins alors que c'est le cas de moins d'une femme sur deux. Toutes choses étant égales par ailleurs, la propension à utiliser les services d'un professionnel lors d'un épisode de maladie est presque trois fois plus importante dans les familles appartenant au quintile de revenu le plus élevé qu'elle ne l'est dans celles du quintile de revenu le plus faible.

D'indéniables progrès ont été réalisés dans l'amélioration de la couverture sanitaire et l'accessibilité géographique. Mais les inégalités d'accès aux soins demeurent frappantes et l'accessibilité financière des services publics reste limitée, notamment pour des groupes tels que les femmes, les plus pauvres et les personnes vivant en zone rurale.

ABSTRACT *Like many countries of the South, over the last decade, Burkina Faso has implemented an ambitious health reform to improve the accessibility of health services. This article examines the inequalities in access to health services that exist several years after the implementation of the reform.*

The analyses are based on data from a survey of 1 604 households (12,775 people) in three regions of the country. The results reveal considerable differences in access to public health posts. Over 50% of ill people from households in the highest income quintile used the public services before the end of the first week of an episode of illness, whereas fewer than one out of four people from the poorest households did so. Two weeks after the onset of their illness, one out of two men went to a public health post to obtain care while fewer than one out of two women did so. All things being equal, the propensity to use the services of a health professional during an episode of illness is almost three times greater among families in the highest income quintile than among families in the lowest income quintile.

Undeniable progress has been made to improve health coverage and geographical accessibility. However, inequalities in access to health care are still striking and financial accessibility of public services is still limited, in particular for groups such as women, the poorest and rural people.

Les auteurs remercient les nombreux collègues et collaborateurs de l'Association Burkinabé de santé publique et du ministère de la Santé qui ont contribué à la réalisation du projet de recherche « MAPHealth », dont certains résultats sont présentés ici. Le projet a été réalisé grâce à une subvention de recherche du Centre de recherche pour le développement international (CRDI) du Canada.

Le Burkina Faso est un pays enclavé de l'Afrique de l'Ouest. Ses onze millions d'habitants vivent majoritairement en milieu rural (83 %) et les deux tiers de la population urbaine vivent dans les villes de Ouagadougou et Bobo-Dioulasso. Il y a plus d'une soixantaine de groupes ethniques dont les plus nombreux sont les Mossi (49 %). L'espérance de vie à la naissance est de 44 ans. La mortalité maternelle est dramatiquement élevée ; les estimations varient de 484 à 1 000 pour 100 000 naissances vivantes. La mortalité infantile est de 104 ‰ et près d'un enfant sur cinq meurt avant l'âge de cinq ans. Un enfant de moins de cinq ans sur trois souffre de malnutrition (INSD, 1999). Près d'un ménage sur deux vit en dessous du seuil de pauvreté (45 %) et neuf pauvres sur dix vivent à la campagne (Ministère de l'Économie et des Finances, 2000). L'économie est essentiellement basée sur l'agriculture et l'élevage qui emploient plus de 80 % de la population active. En 2000, le produit intérieur brut par habitant était de 242 $ US (World Bank, 2003), plaçant le Burkina dans le lot des pays les moins avancés de la planète (PMA).

Les politiques sanitaires ont épousé les grands changements observés récemment sur le continent. En 1992 s'amorce une période de réformes inspirées du modèle de l'initiative de Bamako et des districts de santé (Nitièma *et al.*, 2003). Une centrale d'achat des médicaments essentiels et génériques (CAMEG) est mise en place et fonctionne à partir de 1994. Une politique pharmaceutique est formulée en 1996. Une loi hospitalière est votée en 1998. Le pays compte aujourd'hui 55 districts de santé regroupés en onze régions sanitaires. L'organisation de l'offre publique de soins répond à un modèle pyramidal classique. La base est constituée des formations sanitaires périphériques (centres de santé et de promotion sociale (CSPS), dispensaires et maternités). Les centres médicaux avec antenne chirurgicale (CMA) constituent un premier niveau de référence au niveau district, suivis des huit centres hospitaliers régionaux. Le sommet est occupé par les deux hôpitaux nationaux de Bobo Dioulasso et Ouagadougou. Au secteur public s'ajoutent le service de santé des forces armées et un secteur privé désormais florissant dans les deux grandes villes (86 % des 200 formations sanitaires sont privées) (DEP, 2002) et constitué d'une mosaïque de prestataires plus ou moins qualifiés. Par ailleurs, comme dans les autres pays de la sous-région, le secteur privé fonctionne largement avec des praticiens du secteur public, pratique en principe illégale mais tolérée.

L'allocation réservée au ministère de la Santé dans le budget global de l'État est inférieure à 7 % de l'enveloppe publique (valeurs de 2002)[1]. Les dépenses publiques de santé par habitant se sont toutefois accrues de 1994 (2 000 F CFA) à 2002 (3 000 F CFA). La part que constituent les dépenses publiques hors dons dans le domaine de la santé a également augmenté, passant de 25 % en 1990 à 30 % en 1999 (World Bank, 2001). Ces efforts, particulièrement notables dans un pays qui se trouvait aussi sous ajustement structurel pendant cette période, ont largement contribué à accroître l'offre publique de service de première ligne (de 16 200 habitants par CSPS en 1994 à 11 500 en 2002). Dans l'esprit des promoteurs de la réforme, cette progression de la couverture sanitaire devait permettre de lever ce qui était perçu comme une barrière significative à l'accès aux soins. Malheureusement, ces mesures n'ont pas eu l'effet escompté et les services publics de première ligne demeurent peu fréquentés. Le taux d'utilisation de ces services demeure très bas ; en moyenne, 0,27 nouvelle consultation par habitant et par an en 2002 (DEP, 2002 ; World Bank, 2000).

L'objectif de cet article est d'analyser, plusieurs années après la mise en œuvre des réformes sanitaires, les inégalités d'accès aux services de santé. Nous nous restreindrons ici à la présentation les inégalités entre femmes et hommes, gens de la campagne et citadins et pauvres et moins pauvres. Le lecteur trouvera une analyse plus exhaustive des sources des inégalités présentée dans Nougtara *et al.* (2001).

1. Cette allocation était de 15 % en 1969, 8 % en 1975 et 9 % en 1997 (source : DEP). La proportion du budget consacrée à la Défense serait, quant à elle, de 7 % en 1999 (Ministère de l'Économie et des Finances, 2000).

Méthodologie

Évaluer l'ampleur et les déterminants des inégalités d'accès aux services de santé à partir d'une enquête menée auprès de plus de 1 600 familles

Les résultats présentés ici sont issus d'une enquête transversale effectuée au sein de ménages provenant de trois régions différentes du pays (Ouest, Nord-Ouest, Centre) et résidant dans des milieux distincts (urbain, semi-urbain, rural). L'échantillon est composé de 12 775 personnes résidant dans 1 604 ménages (tableau 1). Les ménages ont été tirés au sort après une mise à jour des aires de dénombrement. Dans ces familles, 857 personnes ont présenté un épisode de maladie dans les quatre semaines précédant l'entrevue.

On présentera dans un premier temps les inégalités constatées dans la propension à utiliser les services de santé. La propension à utiliser permet d'illustrer l'accès au système de soins. Les critères socioéconomiques (par exemple : revenu, genre) et la perception de la sévérité de la maladie de la part des individus servent à caractériser certaines disparités. Dans un second temps, on essaiera de s'adresser aux causes possibles de ces disparités en se centrant sur les principaux déterminants de l'accès aux services de santé : la consommation des soins, la capacité et la disposition à payer, l'accessibilité financière et géographique et la qualité des services. Des analyses descriptives et inférentielles sont employées (régressions multiples, logistiques et linéaires ; analyse de survie). Les données sont analysées avec le logiciel SPSS (SPSS Inc., Chicago, Ill.).

Résultats

En zone rurale, les plus pauvres utilisent moins souvent et plus tardivement les services de santé publics

Nos résultats montrent que c'est dans les zones rurales, là où l'offre de soins de santé moderne se limite essentiellement aux formations sanitaires publiques de première ligne, que l'inégalité socioéconomique dans l'accès aux services publics est la plus manifeste. La figure 1 présente la proportion cumulée de personnes malades demeurant en zone rurale ayant utilisé des services publics au j^{e} jour de maladie. Ainsi, on peut voir que 20 % des personnes malades provenant de ménages du cinquième quintile de revenu se rendent dans une formation sanitaire au premier jour de leur maladie. Au cinquième jour, ils sont 30 % à s'être rendus au centre de santé et au sixième jour, presque les deux tiers. Au total, près des deux tiers des personnes malades ont consulté dans une formation sanitaire publique dans la première semaine de leur maladie. Au cinquième jour de maladie, à peine plus de 20 % pour ceux vivant dans les ménages les plus pauvres ont visité un centre de santé public et cette proportion est légèrement supérieure pour les personnes provenant de ménages de revenu intermédiaire. Deux semaines après le début de la maladie, à peine 30 % des malades provenant des ménages les plus pauvres ont consulté dans une formation sanitaire publique. Ces résultats révèlent l'existence d'un gradient très frappant entre catégories sociales : plus on est pauvre, moins on tend à consulter dans

TABLEAU 1 Échantillon de l'étude

	Bobo-Dioulasso	Nouna	Bazega	Total
Urbain	694			694
Semi-Urbain		176	100	276
Rural		334	300	634
Total des ménages	694	510	400	1 604
Total des personnes	5 349	4 175	3 251	12 775

FIGURE 1 Utilisation des formations sanitaires publiques de première ligne en milieu rural : probabilité cumulée en fonction de la durée de l'épisode de maladie et de la classe de revenu de la famille

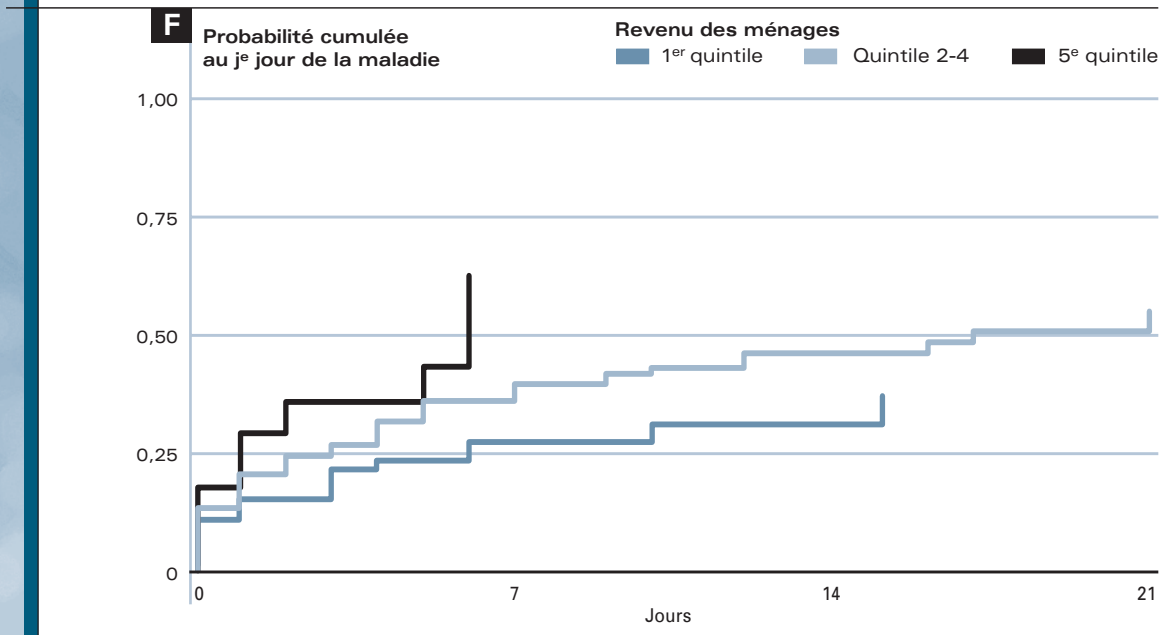
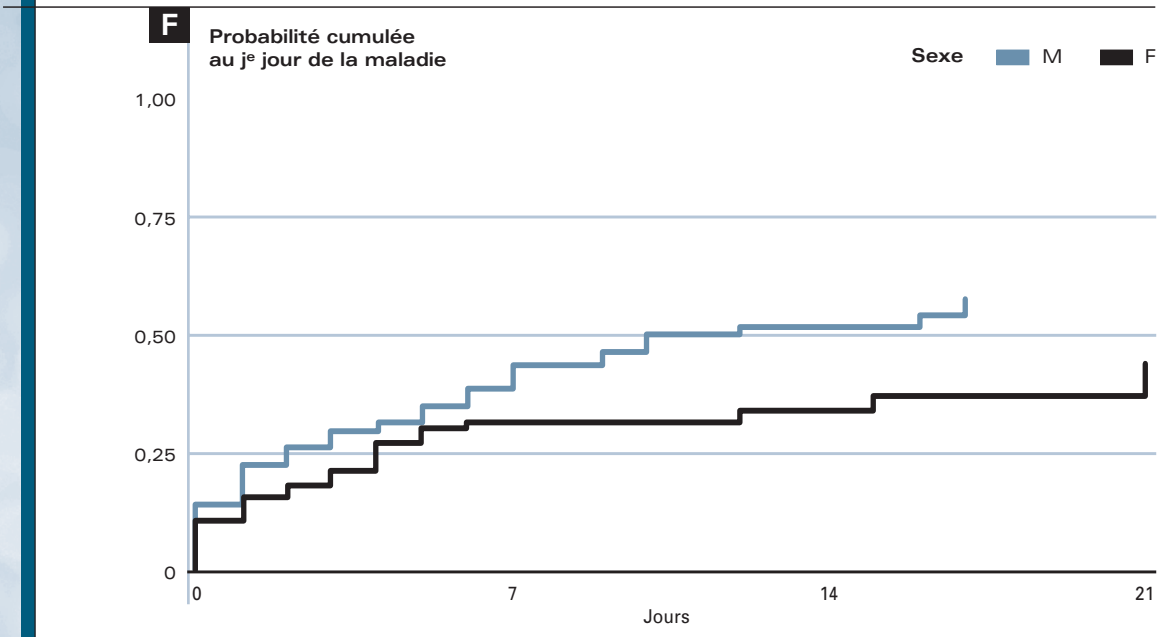


FIGURE 2 Utilisation des formations sanitaires publiques de première ligne : probabilité cumulée en fonction de la durée de l'épisode de maladie et du sexe de la personne malade



les formations sanitaires publiques quand on est malade et plus on a tendance à consulter tardivement.

Les femmes utilisent moins souvent les services de santé publics

La propension des femmes et des hommes à utiliser des services de santé est relativement comparable dans les premiers jours de la maladie (figure 2), mais ce n'est plus le cas après la première semaine. La probabilité cumulée stagne pour les femmes alors qu'elle continue de croître pour les hommes. Deux semaines après le début de l'épisode de maladie, la moitié des hommes ont consulté dans un centre de santé public alors que moins d'un tiers des femmes l'ont fait.

Les personnes qui vivent en zone rurale utilisent davantage les services publics de première ligne mais cette tendance masque le fait que plus on demeure loin d'un centre de santé, moins on l'utilise

Faute de place, nous ne produisons pas, ici, les résultats graphiques (voir Haddad *et al.*, 2004 ; Nougtara *et al.*, 2001). Nos résultats montrent que les personnes vivant en milieu rural utilisent davantage les ressources sanitaires publiques que les personnes vivant en ville. Au septième jour de la maladie, 40 % des personnes malades qui vivent à la campagne ont eu recours à une formation sanitaire publique. Cette proportion n'est que de 20 % en ville. Cet écart tient en fait à la distribution de l'offre de soins, les personnes qui vivent à la campagne n'ayant comme seule source de soins à leur disposition que les formations sanitaires modernes. Plutôt que d'examiner les effets du milieu sur l'accès au soin, il est donc plus instructif de s'attarder sur celui de la distance à parcourir, en zone rurale, pour se soigner en cas de maladie. De fait, les personnes des zones rurales qui vivent à une distance de plus de 10 km d'un centre de santé utilisent nettement moins les formations sanitaires : au septième jour de la maladie, 25 % ont utilisé une formation sanitaire alors que parmi ceux qui vivent à moins de 10 km d'un centre de santé public, ils sont 40 % à le faire.

Toutes choses étant égales, les plus pauvres ont trois fois moins de chances de recourir aux services d'un professionnel de santé public ou privé pendant leur épisode de maladie

Parmi les 556 ménages (34 %) dont au moins un membre a eu un problème de santé dans les quatre dernières semaines de l'enquête, 49 % ont eu une consultation dans un centre de santé public et 9 % dans un centre privé. Les ménages du quintile de revenu le plus élevé et les personnes vivant en milieu urbain sont plus nombreux à avoir eu recours aux services d'un professionnel de santé public ou privé pendant leur épisode de maladie. Encore une fois, la distance de 10 km paraît constituer une barrière importante. C'est au-dessus de 10 km que la probabilité d'utiliser un centre de santé public devient faible. Des régressions multiples permettent d'affiner ces observations. Le modèle présenté au tableau 2 montre ainsi que la probabilité de consulter est presque trois fois plus importante lorsqu'on se situe dans le quintile de richesse le plus élevé (ratio de cotes = 2,67) et celle de consulter un centre de santé public est plus de deux fois supérieure (ratio de cotes = 2,12). Si l'on tient compte du revenu, la probabilité d'utiliser un centre de santé public est moins importante pour les ménages urbains que ruraux mais, à l'inverse, elle est plus importante pour les centres de santé privés. Tel un effet de substitution, plus les ménages habitent loin des centres de santé publics, moins ils utilisent les formations sanitaires publiques et plus ils consultent dans les centres privés (tableau 2).

Quelques déterminants de l'accès

Les déterminants de la consommation de soins sont divers ; celle-ci est toutefois largement conditionnée par la capacité à payer des familles

Soixante-treize pour cent des ménages ont eu à faire face à des dépenses de santé au cours des trois derniers mois. En proportion de leur revenu, les ménages vivant dans les petites villes (milieu semi urbain) dépensent plus pour la santé (14,2 %) que les ménages urbains (9,4 %) ou ruraux (10,8 %). Toutes

TABLEAU 2 Utilisation des services de santé pendant l'épisode de maladie

	Modèle 1 (binomial) Visite médicale (Oui/Non)			Modèle 2 (binomial) Centre de santé public (Oui/Non)			Modèle 3 (binomial) Centre de santé privé (Oui/Non)		
	Coeff.	Erreur type	Ratio de cotes	Coeff.	Erreur type	Ratio de cotes	Coeff.	Erreur type	Ratio de cotes
Effets fixes									
Constante	0,18	0,10		0,22	0,16		-4,15*	0,51	
Revenu									
Q5	0,98*	0,22	2,67*	0,75*	0,21	2,12*	0,42	0,34	1,52
Milieu									
Urbain				-0,58*	0,13	0,56	1,21*	0,37	3,35
Distance du centre de santé public									
1 à 5 km				-0,16*	0,14	0,85	1,17*	0,47	3,22
5 à 10 km				-0,42*	0,20	0,65	1,97*	0,69	7,2
plus de 10 km				-0,70*	0,22	0,5	2,58*	0,60	13
	Variance	Erreur type		Variance	Erreur type		Variance	Erreur type	
Effets aléatoires									
Niveau 2	0,08	0,08		0,11	0,09		0,22	0,24	
Niveau 1	1,00	0,00		1,00	0,00		1,00	0,00	

* $p < 0,05$

choses étant égales, la propension d'une famille à dépenser pour sa santé diminue dans les petites familles, les ménages pauvres et lorsque le chef de famille n'est pas instruit (tableau 3). Un revenu élevé est non seulement associé à une plus grande propension à dépenser pour la santé des membres du ménage, il est aussi un prédicteur significatif du montant des dépenses qui y seront consacrées.

La barrière financière demeure importante

La consommation de soins est fortement contrainte par la capacité de paiement des ménages. Soixante-dix pour cent des personnes ayant été malades dans les quatre semaines précédant l'entrevue pensent qu'elles auraient pu mieux se soigner si elles avaient eu plus d'argent et 60 % estiment qu'elles ne se sont pas bien soignées parce qu'elles n'en avaient pas assez. Les ménages ayant rapporté plus de difficultés à faire face aux besoins de santé sont les plus pauvres, les moins éduqués, ceux vivant en milieu rural et loin d'un centre de santé. Le tableau 4 montre que les personnes vivant dans les ménages comptant cinq personnes et plus ont une probabilité plus élevée de rencontrer des difficultés à faire face à leurs besoins de santé que ceux des plus petits ménages (d'une à quatre personnes). La survenue de ces difficultés est deux fois plus fréquente dans les ménages de dix personnes et plus (ratio de cotes = 1,80). De même, les personnes vivant dans les ménages dont le chef de ménage est instruit, du niveau primaire ou plus, trouvent moins de difficultés à faire face à leurs besoins de santé que ceux dont le chef de ménage n'est pas scolarisé. Enfin, ces difficultés sont deux fois moins souvent rapportées dans les ménages où le chef de famille est un commerçant (ratio de cotes = 0,44).

TABLEAU 3 Dépenses annuelles des ménages (n = 1 604)

	Modèle 1 (binomial) Toute dépense de santé (Oui/Non)			Modèle 2 (continu) Dépenses de santé (log)	
	Coeff.	Erreur type	Ratio de cotes	Coeff.	Erreur type
Effets fixes					
Constante	0,40*	0,13		11,43*	0,13
Statut du chef de ménage					
Non marié	-0,50*	0,09	0,61*		
Taille					
5 à 9	0,47*	0,09	1,61*		
10 et +	0,95*	0,10	2,59*		
Éducation					
Primaire	0,40*	0,10	1,36*		
Secondaire et universitaire	1,03*	0,14	2,59*		
Revenu					
Q1 (pauvres)	-0,36*	0,09	0,69*		
Q5	0,55*	0,19	1,73*	0,39*	0,16
	Variance	Erreur type		Variance	Erreur type
Effets aléatoires					
Niveau 2	0,47	0,12		0,10	0,04
Niveau 1	1,00	0,00		6,29	0,20

* $p < 0,05$

La pauvreté conditionne aussi la disposition à payer pour des services de santé

Ces contraintes jouent dans une large mesure sur la disposition des ménages à payer pour des services de santé et permettent de mieux qualifier les effets des prix et de la tarification sur l'accès aux soins. Un quart des répondants de l'enquête dans les ménages déclarent n'être prêts à débourser aucun montant pour quelque service que ce soit, fourni par quelque structure que ce soit. Pour 75% des ménages, le montant maximum qu'on est disposé à payer pour traiter un problème de santé de gravité modérée est inférieur à 2 000 F. CFA. Le 75e percentile se situe à 5000 F. CFA s'il s'agit de traiter une maladie grave d'un adulte, 5000 F. CFA pour la prise en charge d'une maladie grave d'un enfant, 4500 F. CFA pour un accouchement et 1250 F. CFA pour le traitement d'un accès palustre[2]. Autrement dit, 5000 F. CFA, soit environ 8 $US, est le coût maximum que les trois quarts des ménages sont prêts à payer pour le traitement d'un de leurs membres. Compte tenu des prix existants, cette somme est modeste. Elle est largement inférieure à la dépense moyenne assumée au cours d'un épisode où une visite a été effectuée, laquelle dépense est de plus de 8000 F. CFA. Dans ce contexte, le coût des soins et, en particulier, la tarification des prestations dans le secteur public sont sources d'inégalités et d'exclusion.

2. Traitement d'une phase aiguë de paludisme.

TABLEAU 4 Propension des ménages à rencontrer des difficultés pour faire face à leurs besoins de santé (n = 1 604)

	Modèle 1 (binomial) Besoins de santé		
	Coeff.	Erreur-type	Ratio de cotes
Effets fixes			
Constante	0,919*	0,192	
Taille du ménage			
5 à 9	0,334*	0,136	1,40*
10 et +	0,590*	0,156	1,80*
Éducation			
Primaire	-0,309*	0,160	0,73*
Secondaire et universitaire	-0,951*	0,191	0,39*
Emploi			
Indépendant	-0,041	0,157	0,96
Employé	-0,266	0,303	0,77
Commerçant	-0,815*	0,204	0,44*
Milieu			
Urbain	-0,058	0,180	0,94
	Variance	Erreur-type	
Effets aléatoires			
Niveau 2	0,187	0,069	
Niveau 1	1,00	0,000	

* $p < 0,05$

L'inégalité va naturellement s'exprimer dans la consommation de soins et de services. La volonté à payer varie beaucoup en fonction du type de formation sanitaire, les montants s'étalant de 1 000 F. CFA pour les services de sages-femmes à près de 11 000 F. CFA pour ceux des centres de santé privés. En moyenne, les ménages se disent prêts à dépenser 36 % de plus pour les hôpitaux que pour les centres de santé (tableau 5). Moins on est pauvre, plus on est éduqué, et plus la disposition à payer est grande. En moyenne, les habitants des zones rurales sont disposés à payer la moitié de ce que proposent les citadins. Les hommes ont toujours une propension à payer plus importante que les femmes. La disposition à payer est supérieure chez les personnes appartenant au quintile de revenu le plus élevé et les personnes éduquées.

Le prix des médicaments et des consultations hospitalières est jugé beaucoup trop élevé

Le médicament représente plus de 60 % du coût de l'épisode de maladie des personnes qui ont visité un professionnel. Les consultations coûtent six fois moins cher que les médicaments, ce qui explique peut-être que les répondants acceptent mieux les tarifs appliqués pour les services que ceux des médicaments. Les dépenses consacrées à l'achat de médicaments ou les dépenses totales de l'épisode de maladie sont deux fois moins élevées en milieu rural qu'ailleurs. Six personnes sur dix affirment avoir été empêchées de bien se soigner pour des raisons financières. Le tableau 6 présente les différentes stratégies d'adaptation des ménages pour couvrir leurs frais de santé. Faute de moyens, pensons-nous, très peu ont monnayé

TABLEAU 5 Disposition à payer en fonction de deux types de formation sanitaire publique

	Centre de santé public		Hôpital		Écart Hôpital/ Centre de santé
	Moyenne	Écart-Type	Moyenne	Écart-Type	
Sexe du chef de ménage					
Femme	5 417	6 010	7 995	9 260	48 %
Homme	7 981	10 090	10 032	12 102	26 %
Revenu					
Q1	3 501	3 433	4 724	4 681	35 %
Q2, Q3, Q4	5 930	7 993	7 751	10 214	31 %
Q5	7 799	8 928	11 276	11 412	45 %
Niveau d'éducation du chef de ménage					
Aucun	5 266	6 630	7 196	10 248	37 %
Niveau 1	7 687	10 557	9 548	9 715	24 %
Niveau 2-3	8 671	8 022	12 807	11 536	48 %
Milieu					
Urbain	7 205	8 527	9 811	11 098	36 %
Rural	2 537	2 641	3 436	4 128	35 %
Distance du centre de santé					
0 à 1 km	7 415	8 379	10 329	11 686	39 %
1 à 5 km	7 006	8 630	9 272	9 955	32 %
5 à 10 km	4 358	5 726	6 514	11 366	49 %
Plus de 10 km	1 994	1 431	2 472	1 618	24 %
Moyenne					**36 %**

TABLEAU 6 Stratégies d'adaptation pour couvrir les frais de santé en fonction des milieux

	Urbain	Semi-urbain	Rural	Total	N =
Vendre des produits alimentaires	0,7	5,8	8,0	5,0	42
Mettre en gage des biens du ménage	1,4	1,6	1,9	1,7	14
Emprunter	9,9	3,2	3,9	5,8	48
Retirer de l'argent épargné	2,1	11,6	6,4	6,1	51

leurs avoirs ou cherché à emprunter pour satisfaire leurs dépenses de santé.

Les personnes interrogées ont une opinion partagée sur les coûts des médicaments et les facilités de paiement. Cependant, pour l'ensemble des autres déterminants de l'accessibilité des structures de soins publiques, l'avis est largement favorable. Autrement dit, l'accessibilité financière des médicaments, qui représentent une large portion des dépenses de santé, est perçue plus négativement par les ménages de l'enquête que les autres déterminants. Les coûts prohibitifs du secteur privé sont confirmés par les citadins qui sont, par exemple, 65 % à émettre une opinion défavorable sur le prix des médicaments chez les pharmaciens privés. Les prestations hospitalières sont aussi jugées financièrement inabordables puisque 50 % des ménages urbains ont une opinion défavorable sur le prix des consultations et 55 % sur ceux des médicaments. L'accessibilité géographique, au regard de la distance à parcourir pour se rendre aux formations sanitaires, est globalement satisfaisante pour les structures de soins de premier niveau. Plus de neuf ménages urbains sur dix résident à moins de 5 km d'un CSPS et plus de sept ménages ruraux sur dix à moins de 10 km. Les pharmacies privées et les hôpitaux sont, en revanche, plus éloignés des ménages ruraux qu'urbains. Près de 85 % des ménages ruraux se trouvent à plus de 10 km d'un hôpital alors que la quasi-totalité des citadins vivent à moins de 10 km de cette formation sanitaire de référence.

Discussion

Les autorités burkinabés ont mis l'accent, au cours des années 80, sur l'extension de l'offre de services. L'enquête montre que ces efforts sont appréciés favorablement par les répondants. L'accessibilité géographique en zone rurale, où l'offre de services demeure moins diversifiée qu'en zone urbaine, s'est améliorée. Cela est d'autant plus important que la distance entre le lieu d'habitation et la formation sanitaire a des incidences sur la propension à utiliser les services de santé. En revanche, tout porte à croire que les services sont jugés peu accessibles du point de vue financier, ce que reconnaissent d'ailleurs les autorités nationales (Ministère de l'Économie et du Développement, 2003). Les barrières financières à l'accès sont marquées dans ce contexte où la pauvreté est la règle. Le revenu des ménages agit comme une contrainte majeure dans la capacité à utiliser des services de professionnels, des services publics et, bien sûr, dans la consommation de soins de santé. La maladie continue d'appauvrir les plus pauvres (Haddad *et al.*, 2004) et, même si les formations sanitaires se sont rapprochées des populations rurales, cela ne se traduit pas véritablement par une amélioration de leur utilisation, principalement pour des raisons financières. Les ménages ruraux sont encore les plus pauvres et leur probabilité d'utiliser les services de santé « modernes » demeure faible. Le prix des médicaments constitue un frein important à leur accès, ce qui explique certainement pourquoi l'on constate, au Burkina comme ailleurs (Jaffré, 1999), un accroissement des circuits parallèles de distribution de médicaments et de « pharmacies par terre ».

L'exclusion est ici intimement liée aux dispositions d'ensemble et au fonctionnement d'un système de santé dans lequel l'absence de protection sociale et l'introduction du principe de l'utilisateur payeur font directement reposer le fardeau des dépenses de santé sur les familles. La tarification des services est source d'exclusion et d'iniquité et cela a été maintes fois démontré, tant au Burkina Faso (Ridde, 2003; Sakho et Yonli, 1997) qu'ailleurs en Afrique (Haddad et Fournier, 1995). Les données de l'enquête, en écho à celles de l'évolution urbaine de la pauvreté (+5 % entre 1994 et 1998) (Ministère de l'Économie et des Finances, 2000), révèlent aussi l'importance du fardeau des coûts financiers sur les citadins. Certes, la pauvreté est essentiellement rurale et les gens des villes disposent d'une offre de services plus diversifiée, mais l'offre y est aussi plus onéreuse et donc moins accessible. Les montants que les répondants sont disposés à payer pour les structures privées sont en adéquation avec leur perception de l'accessibilité financière de ces dernières.

Conclusions

La constitution Burkinabé considère la santé comme un droit et la santé constitue en principe une composante clé des stratégies mises en place pour lutter contre la pauvreté. La réforme du secteur de la santé introduite en 1993 met l'accent sur l'équité d'accès aux soins. Mais ici,

comme dans d'autres pays de la sous-région, les plus démunis restent confrontés à l'exclusion et les inégalités sont persistantes. Les efforts consentis par l'État pour rapprocher l'offre de services des populations rurales ne se sont pas soldés par un accroissement global de l'utilisation et une réduction des inégalités d'accès aux soins. À disponibilité de ressources sanitaires comparables correspondent des niveaux d'accès très différents et l'inégalité d'accès aux soins semble puiser sa source dans des facteurs de cinq ordres : le milieu de vie, la distance à parcourir pour se soigner, notamment à la campagne, la pauvreté, le genre et l'instruction.

Lors de la revue de l'Initiative de Bamako (IB) en mars 1999, les délégués de plus d'une quarantaine de pays africains, prenant la mesure des limites des réformes, sont revenus à certains principes ayant présidé au modèle de soins de santé primaires, rappelant que l'accès aux soins est un droit et demandant aux gouvernements de « garantir l'équité de l'accès aux soins » (OMS, 1999). À l'occasion de la mise en œuvre du cadre stratégique de lutte contre la pauvreté, et conformément aux recommandations que nous avions faites au gouvernement lors de la publication et de la restitution des résultats du projet *MAPHealth*, les autorités Burkinabé ont pris quelques mesures destinées à assurer davantage d'équité dans l'accès aux soins, comme la gratuité des consultations prénatales et de certains médicaments. Ces mesures sont un pas sur le long chemin qu'il reste à parcourir pour protéger les plus démunis contre l'exclusion, l'inégalité de traitement et l'appauvrissement supplémentaire qu'engendre la maladie. Mais l'expérience de la réforme du secteur de la santé, elle aussi nourrie de bonnes intentions et soutenue par des ressources supplémentaires, montre que ces décisions, pour méritoires qu'elles soient, ne suffiront probablement pas. Les autorités doivent s'assurer que ces directives équitables ont été internalisées par les principaux acteurs impliqués dans leur mise en œuvre, qu'elles ont bien été implantées, que des mesures incitatives ont été prises et que l'ensemble des acteurs sociaux en ont bien compris l'importance. La mise en place d'un système de surveillance effectif de l'équité d'accès aux soins pourrait sans doute contribuer à un suivi des progrès.

Bibliographie

Baltussen R., Yé Y., Haddad S., Sauerborn R. (2002). Perceived Quality of Care of Primary Health Care Service in Burkina Faso, *Health Policy and Planning*, 17 (1) : 42-8.

DEP (2002). *Annuaire statistique 2002*. Ouagadougou, Ministère de la Santé, Direction des études et de la planification.

Dong H., Mugishab F., Gbangouc A., Kouyate B., Sauerborn R. (2004). The Feasibility of Community-Based Health Insurance in Burkina Faso, *Health Policy*, 69 : 45-53.

Haddad S., Fournier P. (1995). Quality, Cost and Utilization of Health Services in Developing Countries. A Longitudinal Study in Zaïre, *Social Science and Medicine*, 40 (6) : 743-53.

Haddad S., Nougtara A., Ouédraogo J., Ky-Ouédraogo S., Ridde V., Fournier P. (sous presse). Burkina Faso Case Study (titre provisoire) *in* Haddad S. *et al.* (éds.), *Safeguarding the Health Sector in Times of Macroeconomic Instability: Policy Lessons for Low- and Middle-Income Countries*, Ottawa, IDRC.

INSD (1999). *Enquête démographique et de santé (EDS)*, Ouagadougou.

Jaffré Y. (1999). Pharmacies des villes, « pharmacies par terre », *Bulletin de l'APAD*, 17 : 63-70.

Ministère de l'Économie et des Finances (2000). *Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté*, Ouagadougou.

Ministère de l'Économie et du Développement (2003). *Rapport consolidé de mise en œuvre du cadre stratégique de lutte contre la pauvreté 2000-2003 (version amendée)*, Ouagadougou, Secrétariat technique pour la coordination des programmes de développement économique et social.

Nitièma A., Ridde V., Girard J.E. (2003). L'efficacité des politiques publiques de santé dans un pays de l'Afrique de l'Ouest : le cas du Burkina Faso, *International Political Science Review*, *24* (2) : 237-56.

Nougtara A., Ouedraogo J., Haddad S., *et al.* (2001). *Évaluation des liens entre les programmes d'ajustement macroéconomique, la réforme du secteur de la santé et l'accessibilité, l'utilisation et la qualité des services de santé. Rapport global du Burkina Faso*. Ouagadougou, Ministère de la Santé, Association burkinabè de santé publique, Montréal, Centre de recherche pour le développement international, Université de Montréal.

OMS (1999). *Revue de l'Initiative de Bamako, 8-12 mars 1999 à Bamako (Mali). Recommandations générales et rapports des gouvernements du Mali et du Niger*, OMS Afrique.

Ridde V. (2003). Fees-for-Services, Cost Recovery, and Equity in a District of Burkina Faso Operating the Bamako Initiative, *Bulletin of World Health Organization, 87* (7) : 532-38.

Sakho M., Yonli, L. (1997). *Backstopping sur le recouvrement des coûts dans la région sanitaire de Kaya (1-13 décembre 1997)*, Ouagadougou, Ministère de la Santé, SCPB.

World Bank (2000). *Country Information Sheets on Health, Nutrition, Population and Poverty*. Washington, World Bank, Health and Poverty Thematic Group.

World Bank (2001). *Human Development Network Development Data Group*. Washington, World Bank.

World Bank (2003). *Human Development Network Development Data Group*, site Internet http://devdata.worldbank.org/hnpstats (consulté le 30 juin 2003), Washington, World Bank.